การพัฒนารูปแบบการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลนาด้วง: มุมมองประชาสังคม

The development of service deliveries in mini Thanyalak at Naduang hospital: The civil societal perspective.

(Received: June 15,2026 ; Revised: June 20,2026 ; Accepted: June 26,2026)

ศราวุธ ศรีบุรินทร์[1]
Sarawut Sriburin[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดบริการผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในมินิธัญญารักษ์และ พัฒนารูปแบบการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลนาด้วง: มุมมองประชาสังคม เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม-มิถุนายน 2569 เครื่องมือการวิจัยใช้แบบบันทึกข้อมูลแบบประเมินความพึงพอใจและแนวทางการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติอนุมาน Paired sample t-test และการสรุปประเด็น

ผลการวิจัย: พบเพศชาย ร้อยละ 86.0 อายุเฉลี่ย 34.2 ปี (S.D.=10.67) จบมัธยมศึกษาตอนต้นหรือต่ำกว่า ร้อยละ 87.3 ไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 57.3 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 42.7 ครอบครัวใช้ยาเสพติด ร้อยละ 12.7 ใช้ Meth-Amphetamine ร้อยละ 86.7 ใช้กัญชา ร้อยละ 14.0 และดื่มสุรา ร้อยละ 91.3 ประเมินV2 อยู่ในกลุ่มสีส้ม ร้อยละ 70.0 ผลการพัฒนารูปแบบมุ่งเน้นการร่วมรักษาโดยครอบครัว ภาคีเครือข่าย นโยบายป้อมยามหมู่บ้าน ตำรวจ ฝ่ายปกครอง ผู้นำ อสม.และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนงบประมาณ จัดหาทุนประกอบอาชีพให้สามารถดำรงชีพในสังคม ปรับปรุงสภาพแวดล้อมชุมชนทุกมิติไม่ให้เอื้อต่อยาเสพติด จัดตั้งศูนย์ชุมชนบำบัดและฟนฟูสภาพทางสังคม ในระยะยาว

คำสำคัญ: มุมมองประชาสังคม, มินิธัญญารักษ์

Abstract

This study was participatory action research (PAR) aimed to examine the situation of psychiatric and substance use disorder services provided through the Mini Thanyarak and to develop a service delivery model for the Mini Thanyarak at Na Duang Hospital: civil societal perspective. The data were collected from March to June 2026. Research instruments included a data recording form, satisfaction survey and focus group discussion guidelines. The data analysis by descriptive statistic, inferential statistic and thematic analysis.

Results: The findings revealed that 86.0% of participants were male, with a mean age of 34.2 years (S.D.=10.67). Participants completed lower secondary education or below (87.3%), were unemployed (57.3%), and had no income (42.7%). A history of substance use among family members was reported by 12.7% of participants. Methamphetamine use was found in 86.7% of cases, cannabis use in 14.0%, and alcohol consumption in 91.3%. Based on the V2 assessment, 70.0% of participants were classified in the orange-risk group. The developed service model emphasized collaborative care involving families, community networks, village security posts, police officers, community leaders, village health volunteers, and local government organizations. Key interventions included budget support, vocational funding to promote sustainable livelihoods, comprehensive community environmental improvements to reduce drug-related risk factors, and the establishment of community-based treatment and social rehabilitation centers for long-term recovery.

Keywords: Civil Societal Perspective, Mini-thanyarak

[1] พบ. โรงพยาบาลนาด้วง

บทนำ

ปัจจุบันปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาที่กำลังทำลายเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศไทยแม้ว่าภาครัฐจะพยายามป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดมาโดยตลอด โดยพบว่า มีการแพร่ระบาดไปถึงระดับหมู่บ้านชุมชน ซึ่งเป็นมาตรฐานสำคัญของสังคมและแพร่กระจายเข้าไปในกลุ่มนักเรียน นักศึกษาและเยาวชน ซึ่งเป็นกำลังสำคัญของชาติในอนาคต สำนักงานป้องกันยาเสพติดและปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติระบุว่า ร้อยละ 5 ของประชากรโลกช่วงอายุ 15 - 64 ปี เคยใช้ยาเสพติดและในกลุ่มที่ใช้ยาเสพติดนี้มีร้อยละ 11.6 หรือจำนวน 1 ใน 10 คนที่ใช้ยาเสพติดจนมีปัญหาต่อสุขภาพและสังคม ขณะที่ประเทศไทยพบว่า ประชากรที่ใช้ยาเสพติดมีประชากรที่ใช้ยาเสพติดประมาณ 1.5 ล้านคน โดยในจำนวนนี้มีผู้ใช้ยาเสพติดประมาณ 3 แสนคน คิดเป็นร้อยละ 11.1 หรือ 1 ใน 10 ที่ใช้ยาเสพติดจนมีปัญหาเรื้อรังจนต้องได้รับการดูแลรักษา นอกจากนี้ยังพบว่า ยาเสพติดมีผลกระทบต่อสุขภาพที่เห็นได้ชัด คือ ผู้เสพยาเสพติด ติดเชื้อเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบี รวมไปถึงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงถึงร้อยละ 20 นอกจากนั้นยังพบว่า ผู้ติดสารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดจะพบโรคทางจิตเวชร่วมด้วยถึงร้อยละ 53.1 โดยสิ่งเสพติดที่มีผู้ใช้มากที่สุดคือกัญญาชา และแอมเฟตามีน หรือยาบ้า จากการสำรวจครัวเรือนในปี พ.ศ. 2562 คนไทยมีพฤติกรรมใช้ยาเสพติดในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาเกือบสองล้านคน เป็นผู้เสพผู้ติดถึง 450,000 คน มีผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 200,000 คน ขณะที่ศักยภาพการบำบัดรักษาของประเทศไทย มีจำนวนเตียงสำหรับรองรับผู้ป่วยยาเสพติด รวมทั่วไประเทศจำนวน 6,703 เตียง และจำนวนเตียงสำหรับการบำบัดรักษาในการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาวสำหรับผู้ติดรุนแรง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีจำนวนประมาณ 1,000 เตียง ซึ่งไม่เพียงพอและไม่ครอบคลุมทุกเขตบริการสุขภาพ[1]

มินิธัญญารักษ์ เป็นแนวคิดขยายพื้นที่บริการและเพิ่มการเข้าถึงของผู้ป่วยยาและสารเสพติดเพื่อลดความแออัดสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาวในโรงพยาบาลเฉพาะทางซึ่งมีจำนวนเตียงไม่เพียงพอสำหรับจำนวนผู้ป่วยที่มีแนวโน้มสูงขึ้น ประกอบกับ พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ได้มีการปรับระบบการบำบัดรักษาจากเดิม คือ ระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ เป็นการสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาตามประมวลกฎหมายนี้ ได้มีการถ่ายโอนภารกิจด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดในระบบต่างๆ ให้กับกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงาน โดยมุ่งเน้นการดูแล ด้วยกลไกสาธารณสุขแทนการดำเนินคดีทางอาญา โดยถือว่า “ผู้ติดยาเสพติดเป็นผู้ป่วย” ที่ต้องได้รับการดูแลบำบัดรักษา เน้นลดอันตรายที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด และพัฒนาคุณภาพชีวิต เพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกันในสังคม ได้อย่างปกติสุข จึงได้นำแนวคิด มาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาและสารเสพติดระยะกลาง (Intermediate Care) และระยะยาว (Long term Care) ภายใต้ชื่อ“มินิธัญญารักษ์” และได้พัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระยะยาวในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นรูปแบบ Long term Care ขึ้นเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2564 ณ โรงพยาบาลกุดชุม จังหวัดยโสธร การขยายผล กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ร่วมกับกรมการแพทย์ ได้ขยายผลโครงการดังกล่าวสู่โรงพยาบาลชุมชนที่มีความพร้อมทั่วประเทศ โดยได้รับสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เพื่อให้บุคลากรผู้ผ่านการอบรมสามารถให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาและสารเสพติดแบบ Residential care ได้ตามมาตรฐาน ประโยชน์ที่ประชาชนและหน่วยงานต่างๆ จะได้รับ ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น สะดวกต่อการเดินทาง ลดระยะเวลาและค่าใช้จ่ายเมื่อเทียบกับการเดินทางมารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉพาะทาง แก้ปัญหาเตียงไม่เพียงพอลดความแออัดในการอยู่บำบัดรักษา ซึ่งเป้าหมายสูงสุดคือการที่ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแล

อย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตามจนสามารถกลับมาประกอบอาชีพโดยสุจริตได้ นอกจากนี้ โรงพยาบาลชุมชนยังมีโอกาสในการพัฒนาศักยภาพผู้ให้การบำบัดรักษาให้มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาและสารเสพติดแบบ Residential Care เพิ่มอัตราครองเตียงภาพรวมของโรงพยาบาล รวมถึงเพิ่มค่าความยากง่ายในการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups: DRG) เพิ่มคุณภาพบริการ (Case Mix Index: CMI) ของโรงพยาบาลชุมชนให้มากขึ้นอีกด้วย[2]

จังหวัดเลย ตั้งอยู่บริเวณภาคอีสานตอนบน โดยมีอาณาเขตพื้นที่ทิศเหนือ และหนองบัวลำภู ติดสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ทิศใต้ติดจังหวัดขอนแก่น ทิศตะวันออกติดจังหวัดหนองคาย และตะวันตกติดจังหวัดพิษณุโลกและเพชรบูรณ์ พื้นที่เป็นที่ราบสูงสลับภูเขา มีป่าที่อุดมสมบูรณ์ บริเวณอุทยานแห่งชาติภูหลวงและอุทยานแห่งชาติภูกระดึง ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ปลูกข้าว ข้าวโพด ถั่ว มันสำปะหลัง ช่วงสิบปีหลังมียางพาราเข้ามาเป็นพืชเศรษฐกิจของจังหวัดเลย ประชาชนมีวัฒนธรรมคล้ายคนอีสานทั่วไป อาจแตกต่างบ้างในบางประเด็นและมีวัฒนธรรมคล้ายคนเหนือเช่นกันเพราะพื้นที่บางส่วนติดภาคเหนือของประเทศไทย มีภาษาพูดเฉพาะของคนเมืองเลย ซึ่งเป็นเอกลักษณ์คล้ายประชาชนในแขวงไชยบุรีและแขวงหลวงพระบางของสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ทั้งนี้ มีการข้ามไปมาหาสู่กันเป็นบ้านพี่เมืองน้องเหมือนดังอดีตที่ผ่านมา ประชากรของจังหวัดเลยทั้งหมด 641,660 คน แบ่งเป็นชาย 320,861 คน และหญิง 320,799 คน[3]

อำเภอนาด้วง เป็นอำเภอขนาดเล็ก ประชากร 24,289 คน 4 ตำบล 40 หมู่บ้าน ตั้งอยู่ทิศตะวันออกของจังหวัดเลย โดยมีทิศตะวันตกติดอำเภอเมือง ทิศเหนือติดอำเภอปากชม ทิศใต้ติดอำเภอเอราวัณ และทิศตะวันออก ติดอำเภอนาวัง และอำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดหนองบัวลำภู ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทำนา ไร่ยางพารา ไร่มันสำปะหลัง ไร่ข้าวโพด และไร่อ้อย มีสถิติผู้ป่วยยาเสพติด ผู้ใช้จำนวน 745 คน ผู้เสพจำนวน 412 คน ผู้ติดยาเสพติดจำนวน 225 คน ผู้ป่วยในมินิธัญรักษ์ปีงบประมาณ พ.ศ.2568 150 คน เฉลี่ย12-15 คน/เดือน การจัดบริการมินิธัญรักษ์ของโรงพยาบาลนาด้วงประสบปัญหาหลายประการ ทั้งด้านรูปแบบการจัดบริการ ด้านผู้ป่วยยาเสพติด ด้านผู้ให้บริการ และด้านการจัดเก็บรายได้ ประเด็นที่เกี่ยวเนื่องกับข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องและปัญหาอื่นๆ มุมมองหรือความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Civil Soceial Perspective) เป็นสิ่งที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล จะสามารถช่วยให้การดำเนินงานภาครัฐและภาคประชาชน สามารถนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่ยั่งยืนในระยะยาว หากมีการดำเนินงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ในสังคม ทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายอื่น ๆ ในชุมชน จะส่งผลอย่างไร จะช่วยให้การดำเนินงาน ช่วยให้สังคมน่าอยู่ยิ่งขึ้น เกื้อกูล เอื้ออาทร แก้ไขปัญหาตรงจุดตรงประเด็น นำมาซึ่งความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ นำมาซึ่งคำถาม การพัฒนารูปแบบโรงพยาบาลมินิธัญรักษ์: มุมมองของภาคประชาสังคมเป็นอย่างไร เมื่อได้รับคำตอบจากการวิจัยนี้ นักวิจัยคาดหมายในการวางยุทธศาสตร์ กลยุทธ์และแผนการดำเนินงานในภาพรวม เพื่อการบริหารจัดการและการจัดบริการที่เหมาะสม และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ดังนั้นคำถามที่ตามมาคือ สถานการณ์การจัดบริการผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ในมินิธันญารักษ์ โรงพยาบาลนาด้วงเป็นอย่างไร และการพัฒนารูปแบบการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลนาด้วง: มุมมองประชาสังคมเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดบริการผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลนาด้วง

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลนาด้วง: มุมมองประชาสังคม

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) นี้ตั้งอยู่บนพื้นฐานการดำเนินงานในระบบ “มินิธัญญารักษ์” ด้วยการบำบัดผู้ติดยาเสพติด ตามพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 โดยมุ่งเน้นการดูแล ด้วยกลไกสาธารณสุขแทนการดำเนินคดีทางอาญา โดยถือว่า “ผู้ติดยาเสพติดเป็นผู้ป่วย” ที่ต้องได้รับการดูแลบำบัดรักษา เน้นลดอันตรายที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด และพัฒนาคุณภาพชีวิต เพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกันในสังคม ได้อย่างปกติสุข จึงได้นำแนวคิด มาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาและสารเสพติดระยะกลาง (Intermediate Care) และระยะยาว (Long term Care) เพิ่มเติมการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระยะยาวในโรงพยาบาลนาด้วง ในบริบทจริง โดยใช้ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน และฐานข้อมูลการดำเนินงานบำบัดผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ในปีงบประมาณ 2568 เป็นฐาน เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการ ทดลองใช้และประเมินผลการดำเนินงาน ภายใต้แนวคิด ทฤษฎีองค์ประกอบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสายใหม่ (FAST Model) - กิจกรรมครอบครัวร่วมรักษา (F : Family) - กิจกรรมทางเลือก (A : Alternative Treatment Activity) - กระบวนการเรียนรู้เพื่อช่วยเหลือตนเอง (S : Self Help) - กระบวนการชุมชนบำบัด (TC : Therapeutic community)[4]

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์สถานการณ์ ใช้ข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดย้อนหลังที่เข้ารับการบำบัดในมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลนาด้วง ปีงบประมาณ 2568 จำนวนทั้งสิ้น 150 คน

การพัฒนารูปแบบการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลนาด้วง ในมุมมองประชาสังคม จำนวน 12 คนประกอบด้วย พระ ปลัดอำเภอผู้รับผิดชอบยาเสพติด รองสารวัตรตำรวจ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน แพทย์ประจำตำบล สารวัตรกำนัน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน พยาบาลแผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน พยาบาลในมินิธัญญารักษ์ 2 คน แพทย์ (นักวิจัย)

การทดลองใช้รูปแบบ ดำเนินงานในหมู่บ้านที่ประเมินโดยภาคประชาสังคมว่ามีสภาพปัญหาและแนวทางที่เหมาะสม 1 หมู่บ้าน ผู้ป่วยยาเสพติดมินิธัญญารักษ์ จำนวน 6 คน

ขอบเขตการวิจัยด้านเนื้อหา การพัฒนารูปแบบการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลนาด้วง ในมุมมองประชาสังคมโดยประยุกต์และขยายผลตาม FAST Model[4]

ขอบเขตการศึกษาด้านระยะเวลาและพื้นที่ มีนาคม- ถึงกรกฎาคม 2569 พื้นที่ อำเภอนาด้วง จังหวัดเลย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยและพัฒนานี้ ใช้แบบบันทึกข้อมูลเก็บข้อมูลการจัดบริการฯปีงบประมาณ 2568 เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ การจัดบริการมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลนาด้วง รวมทั้งปัญหาอุปสรรค ยกร่างรูปแบบการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลนาด้วง ในมุมมองประชาสังคมโดยประยุกต์และขยายผลตาม FAST Model นำเสนอภาคประชาสังคม โดยใช้คำถามสืบค้น 4 คำถามหลัก นำรูปแบบที่ได้เสนอผู้เชี่ยวชาญเพื่อประเมินความเหมาะสมในการนำไปใช้งานจริง เช่น ความถูกต้อง (Accuracy) ความสมบูรณ์ (Completeness) ความง่ายในการใช้งาน (Usability) ความยืดหยุ่น (Flexibility) ความน่าเชื่อถือ (Reliability) ความสมเหตุสมผลทางทฤษฎี (Theoretical Soundness) การเปรียบเทียบกับแบบจำลองอื่น (Benchmarking) ความสามารถในการอธิบาย (Explainability) ทดลองใช้รูปแบบและประเมินผลเปรียบเทียบผลก่อนและหลังจากใช้รูปแบบใหม่ และสรุป

การวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล (Data Analysis and Interpretation)

การวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผลข้อมูล ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ประกอบด้วย จำนวน (Number) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard Deviation: S.D.) และสถิติอนุมาน ประกอบด้วย Paired Sample t-test ส่วน

การวิเคราะห์และแปลผลข้อมูลโดยการตรวจหา คัดเลือกและจัดกลุ่มการสรุปความ การตีความ การทบทวน การให้ความหมายซ้ำ การทวนและสรุปให้ยืนยัน ใช้แนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพแบบ Thematic Analysis แบบหลวมๆ เชื่อมโยง Themes โดยใช้คำถามสืบค้น แนวคำถามการชวนคุย แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกในครัวเรือน แนวทางการสรุปผลการวิจัย รวมถึงวัสดุอุปกรณ์เสริมอื่นๆ เช่น กล้องถ่ายรูป เครื่องบันทึกเสียง เป็นต้น นำมาอธิบายและเสนอมุมมอง ผ่านประสบการณ์แนวคิดและมุมมอง สรุปเสนอภาคประชาสังคมเดิม เพื่อรวมพิจารณารูปแบบการจัดบริการที่เหมาะสม รายกรณี

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมติรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เลขที่ COA No. 04/2025 BCNU REC No.05/2025. ลงวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2568

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยในการวิเคราะห์สถานการณ์พบรายละเอียดดังนี้

ข้อมูลทั่วไปผู้รับบริการในมินิธัญญารักษ์ มีผู้ป่วยเข้ารับการบำบัด จำนวน 150 คน เป็นป่วยจิตเวชและยาเสพติดส่วนใหญ่เพศชาย ร้อยละ 86.0 อายุเฉลี่ย 34.2 ปี (S.D.=10.67) ใช้สิทธิ UC ร้อยละ 98.7 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 87.3 ไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 57.3 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 42.7 ครอบครัวใช้ยาเสพติด ร้อยละ 12.7 ผู้ป่วยใช้ Meth-Amphetamine ร้อยละ 86.7 ใช้กัญชา ร้อยละ 14.0 และดื่มสุรา ร้อยละ 91.3 ประเมินV2 อยู่ในกลุ่มสีส้ม ร้อยละ 70.0 และสีเหลือง ร้อยละ 29.3 ผลบวกกับคำถาม 2Q ร้อยละ 2 และเมื่อประเมินการใช้ยาเสพติดพบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้เสพ ร้อยละ 83.3 และผู้ติด ร้อยละ 9.3

ข้อมูลการจัดบริการมินิธัญญารักษ์โรงพยาบาลนาด้วง ปีงบประมาณ 2568 1) อัตราครองเตียง (14 เตียง) 68.31 % 2) ค่าใช้จ่ายจริงที่เป็นต้นทุนบริการของโรงพยาบาล 2,938,166 บาท แบ่งเป็น ค่ายาและเวชภัณฑ์160,250 บาท ค่าห้อง/ค่าอาหาร 1,450,200 บาท ค่าใช้จ่ายในการพัฒนาบุคลากร 50,000 บาท ค่าแรงงานรวมทั้งสิ้น 1,096,490 บาท RW 4 7 0 . 7 2 5 2 rw. Adj RW 439.1474 rw. 3) การเรียกเก็บจาก สป.สช.และอื่นๆ 4,145,327 บาท 4) ระดับความเสี่ยงของบุคลากร (1-10) ระดับ 7/10) ระดับความสุขในการทำงานของบุคลากร (1-10) ระดับ 8/10

การสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบที่นักวิจัยยกร่างไว้ ปรับปรุง เพิ่มเติม

(1) “ท่านคิดเห็นอย่างไรต่อสถานการณ์การจัดบริการผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในมินิธัญญารักษ์โรงพยาบาลนาด้วง” สถานการณ์มีแนวโน้มรุนแรงเพิ่มขึ้น จำนวนผู้เสพผู้ติดเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง และกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดเดิมก็ไม่สามารถบำบัดให้สำเร็จหรือเลิกยาเสพติดได้อย่างถาวร ทุกภาคส่วนต้องร่วมด้วยช่วยกันในการดำเนินงาน ลดความเสี่ยงในแต่ละขั้นตอน และมุ่งเน้นการดูแลหลังการบำบัดแล้วครอบครัว ชุมชนต้องดูแลต่อเนื่อง

(2) “ท่านคิดเห็นอย่างไรต่อแนวทางการจัดบริการผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในมินิธัญญารักษ์โรงพยาบาลนาด้วง ที่ดำเนินการอยู่” การจัดบริการมีมาตรฐาน อาจมีความเสี่ยงบางกระบวนงาน ที่ต้องปรับแก้ เช่น แรกรับที่แผนกฉุกเฉิน การให้ยาแรกรับในมินิธัญญารักษ์ ปัญหาสำคัญคือการดูแลผู้ป่วยหลังการบำบัดที่บ้าน โดยครอบครัว ชุมชน อสม. ผู้นำชุมชน ตำรวจ ฝ่ายปกครองและบุคลากรสาธารณสุข

(3) “ในมุมมองของท่าน ปัญหาอุปสรรคการจัดบริการผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในมินิธัญญารักษ์โรงพยาบาลนาด้วง ที่ประสบอยู่คืออะไร” ปัญหาสำคัญในการจัดบริการในมินิธัญญารักษ์ คือผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดแล้ว กลับมารับการรักษาซ้ำ จากภาวการณ์ขาดยา ขาดการดูแลจากครอบครัว กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำจากเหตุผลหลายประการ ทั้งจากการดูแลของครอบครัว ชุมชน และปริมาณยาเสพติดในหมู่บ้านชุมชนที่มีมาก หาง่าย ราคาถูก และหลายคน

ครอบครัวไม่ดูแล หรือไม่มีเวลาดูแล หรือแม้แต่สภาพเกินเยียวยา

(4) “ควรปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานการการจัดบริการผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลนาด้วง ที่ดำเนินการอยู่อย่างไร” ปัญหาอุปสรรคสำคัญที่กำลังประสบอยู่ 1) อุปสรรคด้านงบประมาณ เฉพาะกรณีฝึกอาชีพยังขาดงบประมาณ 2) อุปสรรคด้านกำลังคน มีอุปสรรคกำลังคนฝ่ายตำรวจและปกครอง รวมทั้งผู้นำชุมชนโดยเฉพาะเวลาเกิดเหตุการณ์ซ้อนเหตุการณ์เพราะจัดกำลังคนเพียงชุดเดียวในแต่ละวัน และขาดงบประมาณ 3) อุปสรรคด้านการจัดบริการในมินิธัญญารักษ์ มีเฉพาะกรณีเกิดเหตุการณ์วุ่นวายผู้ป่วยอาระวาด อัตรากำลังน้อยและเป็นหญิง 4) อุปสรรคด้านยาเวชภัณฑ์และวัสดุอุปกรณ์ ยาเวชภัณฑ์และวัสดุอุปกรณ์ในการจัดบริการ ไม่ประสบปัญหา ประสบปัญหาเรื่องการจัดอาชีพ ฝึกอาชีพและการดูแลระยะยาวในแหล่งฝึกอาชีพ ควรมีสถานที่เฉพาะในการจัด เช่น วัดป่า หรือสถานที่อื่นใดที่มีลักษณะเฉพาะ 5) การดูแลผู้ป่วยในครัวเรือน เป็นอุปสรรคสำคัญในการดำเนินงาน ไม่มีคนดูแล ไม่มีคนคอยกำกับการกินยา บางคนไม่มีครอบครัว อยู่เพียงลำพัง เพราะครอบครัวหนีหายทั้งหมด ชุมชนให้ความสำคัญน้อย หลายชุมชนไม่ต้องการ เป็นภาระหนักของชุมชน มีแต่สร้างความวุ่นวายในชุมชน ไม่มีประโยชน์ในมุมมองชาวบ้าน คนส่วนใหญ่รังเกียจ 6) โอกาสในการพัฒนาอื่นๆ จัด Family Counseling ให้ความรู้แก่ผู้ปกครองและญาติเรื่องการดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในแผนบำบัด ทำความเข้าใจเฉพาะกรณี รายบุคคล กิจกรรมครอบครัวร่วมรักษา (F : Family) สร้างความเข้าใจแก่ผู้นำชุมชนพัฒนาชุมชนบำบัด (Community-based Treatment) สร้างอาชีพและกิจกรรมทางสังคมสำหรับผู้ผ่านการบำบัด ไม่ตีตรา กระบวนการชุมชนบำบัด (TC : Therapeutic community) พัฒนาระบบ Case Management จัดประชุมทีมสหวิชาชีพเป็นประจำ ทั้ง ชุมชน ตำรวจ ปกครอง และสาธารณสุข มุ่งเน้นการจัดการเฉพาะราย แก้ปัญหาทีละคน แตกต่างหรือแหมือนกัน ประสาน อปท.จัดข้อบังคับท้องถิ่นเป็นงบประมาณ กรณียาเสพติดในพื้นที่ของตนเอง โดยเฉพาะการฟื้นฟูสภาพและการดูแลเรื่องการฝึกอาชีพ โดยเสนอตามเกณฑ์ 3,500 บาท/ราย กิจกรรมทางเลือก (A : Alternative Treatment Activity) และกระบวนการเรียนรู้เพื่อช่วยเหลือตนเอง (S : Self Help) ค้นหาตัวเองเพื่อเลือกฝึกและประกอบอาชีพที่เหมาะสม เช่นช่างยนต์ ช่างไฟฟ้า ช่างตัดผม กิจกรรมอาชีพการเกษตร

ตารางที่ 1 ระดับความพึงพอใจบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อรูปแบบการดำเนินงานมินิธัญญารักษ์

(n=30)	ก่อน (Mean/S.D.)	หลัง(Mean/S.D.)	Mean Diff	t	p-value
ความพึงพอใจในมินิธัญญารักษ์	56.70(4.970)	61.93(5.298)	-5.233	-7.538	<.001

จากตารางที่ 2 พบว่า ความพึงพอใจบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อรูปแบบการดำเนินงานมินิธัญญารักษ์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยหลังดำเนินการใช้รูปแบบที่ได้รับการพัฒนามีระดับคะแนนสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบฯ (t=-7.538)

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดส่วนใหญ่เพศชายอยู่ในวัยกลางคนโดยเฉลี่ย อายุเฉลี่ย 34.2 ปี (S.D.=10.67) เป็นประชาชนที่ใช้สิทธิ UC ร้อยละ 98.7 การศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 87.3 และที่สำคัญคือเป็นกลุ่มที่ไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 57.3 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 42.7 มีประวัติครอบครัวใช้ยาเสพติด ร้อยละ 12.7 ผู้ป่วยใช้ Meth-Amphetamine ร้อยละ 86.7 ใช้กัญชา ร้อยละ 14.0 และดื่มสุรา ร้อยละ 91.3 ประเมินV2 อยู่ในกลุ่ม

สีส้ม ร้อยละ 70.0 และสีเหลือง ร้อยละ 29.3 สอดคล้องกับข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดในภาพของประเทศ ในทุกมิติ โดยข้อมูลของกรมสุขภาพจิตพบว่าผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่ระบบบำบัดรักษาของประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นวัยแรงงาน มีอาชีพรับจ้าง เกษตรกรรม หรือว่างงาน ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน และมักเป็นกลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจระดับต่ำถึงปานกลาง โดยผู้เข้ารับการบำบัดทั่วประเทศในปีงบประมาณ 2566 มีจำนวน 186,104 ราย[5,6] ข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2566 พบว่ามีผู้เข้ารับการบำบัดจำนวน 186,104 คน โดยกลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคืออายุมากกว่า 39 ปี (ร้อยละ 30.65) รองลงมาคืออายุ 18–24 ปี (ร้อยละ 17.02) และอายุ 25–29 ปี (ร้อยละ 16.97) ด้านอาชีพพบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 51.07) รองลงมาคือว่างงาน (ร้อยละ 17.59) และเกษตรกรรม (ร้อยละ 16.40) สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยยาเสพติดส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงานและอยู่ในกลุ่มอาชีพที่มีความเปราะบางทางเศรษฐกิจ สอดคล้องกับการศึกษาของ กอบศักดิ์ พิมานแพง และวรนุช เกราะชูกุล เรื่องผลการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกวิถีใหม่ โรงพยาบาลมุกดาหาร ที่พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ติดยาเสพติด ร้อยละ 75.6 และผู้เสพ ร้อยละ 16.1 และยาเสพติดที่ใช้คือ Methamphetamine เป็นส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 53.92[7]

การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ พิชิต มีแสง, อาทิตย ฉัตรชัยรัตนเวช, ปริยกร ชาลีพรม และปพิชญาลักษณ ตันดี โดยพบว่า ประสิทธิภาพในการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลนาด้วง ในภาพรวมจะต้องเชื่อมโยงภาคีเครือข่าย ทั้งแนวนโยบายป้อมยามหมู่บ้านของผู้ว่าราชการจังหวัดเลย ตำรวจ ปกครอง ผู้นำ อสม.และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การจัดการเป็นระบบเมื่อบำบัดในมินิธัญญารักษ์ครบถ้วน ผู้ป่วยจะได้รับการติดตามดูแลที่บ้านโดยครอบครัวและผู้นำชุมชน อสม. ท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณ จัดหาทุนประกอบอาชีพให้สามารถดำรงชีพ อยู่ในสังคม มีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมชุมชนทุกมิติไม่ให้เอื้อต่อการกลับไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดอีก เป็นเสาหลักช่วยแก้ไขปัญหา เป็นแหล่งงบประมาณที่มีความพร้อมและเพียงพอ และส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดตั้งศูนย์ชุมชนบำบัดและศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม ในระยะยาว[8] อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้มีความสอดคล้องในบางประเด็นกับการศึกษาของ อังกูร ภัทรากร เรื่อง The Effect of FAST Model for Addiction Patient in Thanyarak Institute พบว่าผู้ป่วยที่สมัครใจเข้ารับการบำบัด (Voluntary System) มีโอกาสงดใช้สารเสพติดสำเร็จสูงกว่ากลุ่มบังคับบำบัด 1.56 เท่า ปัจจัยด้านอายุ เพศ ชนิดยา และระยะเวลาเสพ ไม่สัมพันธ์กับผลสำเร็จอย่างมีนัยสำคัญ การติดตามหลังจำหน่าย (Aftercare) เป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของ FAST Model ซึ่งกระบวนการหลังการจำหน่ายผู้ป่วยออกจามินิธัญญารักษ์ นับเป็นกระบวนการที่ต้องดำเนินการอย่างเข้มข้น เพราะไม่เช่นนั้น กระบวนการรักษาทั้งหมดมีแนวโน้มล้มเหลว ผู้ป่วยกลับไปเสพยาเสพติดเหมือนเดิมและมีสภาพก้าวร้าวรุนแรง เช่นเดิม ดังนั้นจุดแตกหักในการดำเนินงานคือ ครอบครัว หมู่บ้าน/ชุมชน โดยผู้นำ อสม.และภาคีเครือข่าย อปท. ภาคส่วน ตำรวจ ปกครอง สาธารณสุข ช่วยสนับสนุน วัดเป็นส่วนสนับสนุนโดยเฉพาะกิจกรรมที่เกี่ยวเนื่องกับการดูแลด้านจิตใจ และมีผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดก้าวร้าวรุนแรง 1 รายที่ได้รับการบวชและสามารถกลับตัวเป็นคนดีของสังคม และปัจจุบันยังคงบวชอยู่ คอยช่วยเหลือสนับสนุนกิจกรรม[4] แนวทางการดำเนินงานที่จะนำสู่ความสำเร็จแบบยั่งยืนอีกประการคือมุมมองภาคประชาสังคมช่วยให้เกิดความร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ ภาคีเครือข่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สัญชัย พรหมสิทธิ์ เรื่อง กลไกความสำเร็จและปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาในจังหวัดชัยภูมิ ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสำคัญต่อความสำเร็จของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยา โดยเน้นความจำเป็นในการติดตามผลอย่างสม่ำเสมอและการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ ได้แก่ การสนับสนุนจากชุมชน

(17%) การมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัด (16%) และเครือข่ายสนับสนุนอุตสาหกรรม (15%)[9]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. FAST Model มีความเหมาะสมนำสู่การวิเคราะห์เป็นรายบุคคล รายกรณีในรายครอบครัว เหตุและปัจจัยแตกต่างออกไป ควรมีการวิเคราะห์ผู้ป่วยรายกรณี

2. ชุมชนเข้มแข็งและป้อมยามหมู่บ้าน เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ กรณีครอบครัวผู้ป่วยปกติสมบูรณ์ดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. การวิเคราะห์รายกรณี ช่วยการจัดการได้สะดวก และมีความแตกต่าง การจัดการจึงสะดวกและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่วนหลักการจัดบริการหลัก ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกคนต้องเข้าใจตรงกัน ว่าใครมีบทบาทอย่างไร ในขั้นตอนไหน ในการจัดบริการโดยทั่วไป ส่วนหลังบำบัดจากมินิธัญญารักษ์แล้ว ควรมีการบริหารจัดการเป็นรายกรณี

2. ป้อมยามหมู่บ้าน ครอบครัวเข้มแข็งและชุมชนเข้มแข็ง เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จหลังจากผ่านการบำบัดในมินิธัญญารักษ์ ช่วยลดการเข้ารับบริการซ้ำในอำเภอนาด้วง จังหวัดเลย

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการขยายผลการมุ่งเน้น ครอบครัวร่วมรักษา และชุมชนบำบัดให้ครอบคลุมในการจัดบริการในระดับมินิธัญญารักษ์ ความไม่ต่อเนื่องและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ มักเกิดจากเหตุครอบครัว ดังนั้นครอบครัวร่วมรักษาดูแล และชุมชนบำบัด และนโยบายป้อมยามหมู่บ้านเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ

2. มีกิจกรรมทางเลือก อื่นใดหรือกระบวนการเรียนรู้เพื่อช่วยเหลือตนเองในแบบที่ต้องแสวงหาอื่นอีกหรือไม่ที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้นมากกว่าที่เป็นอยู่

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์. (2566). แนวทางการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้ยาและสารเสพติดระยะยาวในโรงพยาบาลชุมชนด้วยรูปแบบมินิธัญญารักษ์ (Long Term Residential Care). ขอนแก่น. บริษัท เคทีทีเอ็กซ์จำกัด.
2. H focus. (2568). มินิธัญญารักษ์ แนวคิดและการปฏิบัติ. [อินเอร์เน็ต] สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน 2568 สืบค้นจาก: https://www.hfocus.org/?utm_source=chatgpt.com
3. จังหวัดเลย. (2568). เอกสารแนะนำจังหวัดเลย. [อินเอร์เน็ต] สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน 2568 สืบค้นจาก: https://ww2.loei.go.th/content/general?utm_source=chatgpt.com.
4. อังกูล พัทรากร. (2557). FAST Model the evolution of rehabilitation for substance addicts inThailan. วารสารวิชาการยาเสพติด. ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 มิถุนายน-ธันวาคม.
5. นุชรีย์ ทองเจิม, ธีรวัฒน์ สกุลมานนท์ และลัดดาวัลย์ สิทธิสาร. (2567). การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน. ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ปีที่ 13 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม-ธันวาคม 2566). 17-30.
6. กรมสุขภาพจิต. (2566). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2566. กระทรวงสาธารณสุข.
7. กอบศักดิ์ พิมานแพง และวรนุช เกราะชูกุล. (2567). ผลการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกวิถีใหม่ โรงพยาบาลมุกดาหาร. วารสารวิชาการสาธารณสุข. ปีที่ 34 ฉบับที่ 3. พฤษภาคม-มิถุนายน 2568. 501-508.
8. พิชิต มีแสง, อาทิตย ฉัตรชัยรัตนเวช, ปริยกร ชาลีพรม และปพิชญาลักษณ ตันดี. (2566). ปจจัยแหงความสำเร็จในการบำบัดฟนฟูยาเสพติดโดยการมีสวนรวมของชุมชน (Community Based Treatment and Rehabilitation: CBTx) กรณีศึกษา โครงการดำเนินงานชุมชนยั่งยืนเพื่อแกไขปญหายาเสพติดแบบครบวงจรตามยุทธศาสตรชาติ และ โครงการ 1 ทองถิ่น 1 ชุมชนยั่งยืนพื้นที่อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด ปที่ 1 ฉบับที่ 1 พฤษภาคม - สิงหาคม 2566. 41-55.
9. สัญชัย พรหมสิทธิ์. (2567). กลไกความสำเร็จและปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาในจังหวัดชัยภูมิ. วารสารสหวิทยาการวิจัยและวิชาการ. ปีที่ 4 ฉบับที่ 5. กันยายน-ตุลาคม 2567. 527-546.